Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 38 — 9 Mai 1896 — 7 FRANCS par An

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

OPOTHÉRAPIE OVARIENNE CONTRE LES TROUBLES CONSÉCUTIFS A LA CASTRATION CHEZ LA FEMME, par F. JAYLE 221
ASTHME ET ACIDE URIQUE, par M. G. SCHLEMMER 222

ANALYSES

Médecine : Diagnostic précoce de la maladie de Basedow, par M. F. LEMKE 223
Chirurgie : Contribution à l'étude du goitre rétrosternal, par M. WUHRMANN. — Résultats éloignés favorables de quelques opérations d'épithéliomas de la paupière et de la conjonctive, par M. A. TROUSSEAU 223
Obstétrique et Gynécologie : Le losange de Michaelis, par M. STATZ 224
Maladies des voies urinaires : Troubles nerveux graves produits par un petit kyste folliculaire de l'urèthre balanique, par M. LOUMEAU 224
Thérapeutique et Matière médicale : Traitement de la pneumonie par les badigeonnages de gaïacol, par M. MALDARESCU. — La nitro-glycérine dans le traitement de l'angine de poitrine, par M. TH. SCHOTT 224

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Lithiase de la vésicule biliaire, M. MICHAUX. M. BROCA. — Luxation iliaque irréductible de la hanche. Décapitation de la tête du fémur. Mort, M. DELORME. — Contusion et hémorrhagie du foie. Laparotomie. Guérison, M. L. FAURE. — Endométrite fétide des femmes âgées, M. G. MAURANGE. — Fracture de la rotule. Echec de la suture, M. DELORME. M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Photographies par les rayons de Rœntgen, M. G. MARCHANT. M. MONOD CLXXXVIII
Société médicale des hôpitaux : Gigantisme et acromégalie, M. BRISSAUD. — La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895, M. E. APPERT. MM. MARFAN, LEGENDRE, RENDU, COMBY. CLXXXIX
Société anatomique : Hernie inguinale volumineuse, M. UNGAUER. — Gangrène du poumon et abcès du foie, M. CH. LÉVY. — Chondrome du tibia, MM. ROBINEAU et SCHMIDT. — Cancer primitif nodulaire du foie, M. AUSCHER. — Epithélioma de la capsule surrénale généralisé, M. AUSCHER. — Appendicite, M. LEBLANC. — Kystes dermoïdes de l'ovaire. Epithélioma, M. LEBLANC. CXC
Société française d'otologie, rhinologie et laryngologie : Des abcès mastoïdiens sans suppuration de la caisse, M. LUBET-BARBOU. — Otites moyennes avec complications mastoïdiennes guéries sans intervention chirurgicale, M. VACHER. — L'anémie chronique du labyrinthe et l'épreuve du nitrite d'amyle, M. LERMOYEZ. — Aphonie d'origine olfactive, M. JOAL. — Localisations pharyngiennes rares dans la syphilis héréditaire tardive, M. MOUNIER. — Un cas de voix eunuquoïde. Guérison par des exercices vocaux. M. LABIT. MM. GAREL, MOUNIER, MARTIN, MOURE, JOAL, GELLÉ, CASTEX, GAREL, MARTIN. — Traitement du vertige labyrinthique, M. GELLÉ, MM. MOURE, LERMOYEZ, SUAREZ, POYET, WAGNIER, RAUGÉ, etc. — Otite moyenne catarrhale aiguë et microbes, M. LANNOIS. — De la laryngoscopie directe, M. WAGNIER. — Etude sur l'œdème aigu du larynx, M. EGGER. — L'eau oxygénée en oto-rhinologie, son action hémostatique, M. G. GELLÉ. — Sur une forme de surdité d'origine génitale, M. P. BONNIER. — Effets de l'ablation des ovaires sur la voix, M. CASTEX. — Examen histologique de 64 végétations adénoïdes, M. BRINDEL. M. LERMOYEZ. CXC
Société française d'ophtalmologie : Extraction du cristallin transparent comme moyen prophylactique de la myopie forte progressive. M. VACHER. — Correction opératoire de la myopie forte, M. PFLUEGER. — Prophylaxie du prolapsus iridien dans l'extraction simple de la cataracte, M. NUEL. — Nouveau procédé d'opération de la cataracte secondaire, M. GALEZOWSKI. — Kystectomie et capsulectomie, M. BOURGEOIS. — Traitement iodé dans les choroïdites, M. VIGNES. CXCIII

Répertoire thérapeutique CXCIV

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie CXCIV

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (Médecine). — 3e épreuve.
Ont obtenu :

Séance du 6 Mai.

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Jeanselme. . . .	19 — 56	de Gennes . . .	17 — 52
Parmentier . . .	18 — 52	Gallois	16 — 52
Lesage	17 — 53		

Séance du 7 Mai.

Cancer du pancréas.

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Soupault	16 — 53	Florand.	18 — 56
Souques.	18 — 55	Jacquet.	18 — 54
Triboulet	17 — 52		

Concours des Hôpitaux (Chirurgie). — 3e épreuve.
Ont obtenu :

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Souligoux. . . .	18 — 55	Morestin	18 — 56
Rieffel . . .	18 1/2—55 1/2	Clado.	14 — 53

Sont *admissibles* aux épreuves définitives : MM. Lyot, Arrou, Mauclaire, Chevalier, Thiéry, Morestin, Rieffel et Villemin. A été *ex æquo* avec le dernier admissible, M. Souligoux.

Épreuve pratique.

Ligature de l'artère fémorale à la partie moyenne ; désarticulation de l'épaule.

MM.	Tot.	MM.	Tot.
Arrou.	29 — 89	Morestin . .	22 — 78
Chevalier	25 — 83	Rieffel . . .	26 — 81 1/2
Lyot	28 — 91	Thiéry . . .	27 — 83
Mauclaire. . . .	25 — 83	Villemin . .	23 — 78

Concours des Hôpitaux (Accouchements).
Ont obtenu :

Séance du 7 Mai.

MM.		MM.	
Demelin	16	Potocki.	19
Wallick.	15	Basset	14

Séance du 8 Mai.

MM.		MM.	
Dubrisay	13	Tissier	19
Chavanne.	15		

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

6 Mai 1896.

Lithiase de la vésicule biliaire. — M. Michaux. Des deux points sur lesquels M. Tuffier a fait sa communication, j'insisterai peu sur le premier, qui a trait au diagnostic, me réservant d'étudier, plus particulièrement, le second qui se rapporte au traitement chirurgical à appliquer à la lithiase biliaire.

Relativement au diagnostic, je citerai, seulement, trois de mes malades chez l'une desquelles, on crut, tout d'abord, à une hernie crurale étranglée et, chez les deux autres, à des tumeurs rénales.

Le traitement soulève une grosse question : doit-on, à l'exemple de M. Tuffier, avoir recours à la cholécystostomie, ou pratiquer la cholécystectomie, La première passe pour l'opération la plus simple, mais elle soulève trois grosses objections opératoires : la première est que, si la vésicule est friable, fait fréquent, la suture à la paroi sera très difficile ou même impossible. La seconde est que les calculs peuvent être enchâtonnés dans les parois, ou situés derrière les valvules du canal cystique, et par suite, bien difficiles, à être extraits. Enfin, la troisième est que l'ouverture de la vésicule peut être une cause d'infection, si le contenu est microbien. J'ajoute qu'après la cholécystostomie, il peut persister des fistules intarissables, tantôt simplement biliaires, tantôt biliaires et purulentes, qui constituent une véritable infirmité et contre lesquelles on est obligé, parfois, de pratiquer des opérations secondaires.

Sur ces objections, je puis donc conclure que la cholécystostomie n'offre pas toute la simplicité qu'on lui accorde, ni l'excellence du résultat thérapeutique qu'on lui attribue.

A la cholécystectomie, on reproche surtout sa difficulté opératoire. Or, si l'on a soin de bien faire relever le bord du foie, d'inciser en arc de cercle le péritoine qui unit la vésicule au foie, et de détacher celle-ci avec les doigts, à peu près de la même façon que l'on décortique une trompe adhérente aux parois pelviennes, on arrive facilement à constituer un pédicule formé par le canal cystique et dont la ligature est facile.

Pour prévenir les fistules biliaires, qui peuvent même survenir après la cholécystectomie, je recommande de pratiquer une ligature double ou triple, à double fil, afin d'obturer le canal cystique aussi parfaitement que possible. Malgré cette précaution, on observera d'ailleurs quelquefois des fistules.

Quant à la mortalité opératoire, elle n'est pas supérieure à celle de la cholécystostomie.

Pour ma part, j'ai pratiqué 13 cholécystectomies dont 2 compliquées de cholédocotomie, avec 3 morts. Un de mes insuccès est une cholécystectomie doublée de cholédocotomie. Les deux autres sont des cholécystectomies

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION
A DOMICILE
PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
(Synonyme Formol)
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT
DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS
DIRECTION & BUREAUX :
21, rue Godot-de-Mauroi, Paris
S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

VICHY-CÉLESTINS

POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.

RUBINAT SOURCE LLORACH Le meilleur purgatif naturel.

Phospho-Glyco-*Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET

SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY

simples : il s'agissait, dans un cas, d'une femme de soixante-dix ans, dans un état grave; et dans l'autre, d'une femme de quarante neuf ans, d'un bon état général et dont la mort doit être attribuée à l'infection.

J'ai fait également 3 cholécystostomies avec une mort, chez une femme de trente-cinq ans qui succomba le troisième jour.

Comme conclusion, je dirai que la cholécystectomie est l'opération de choix chez les sujets jeunes. Elle n'a guère d'autres contre-indication que l'âge avancé du sujet ou l'existence de fortes adhérences.

M. Broca. J'ai recueilli 3 observations fort analogues à celles dont M. Tuffier nous a récemment entretenus. L'une d'elles, en particulier, concerne une femme chez laquelle la tumeur, due à la vésicule, ressemblait à un rein mobile : le diagnostic exact fut porté par mon ami Hartmann qui, après avoir fait refouler par un aide la tumeur en haut et à gauche, put sentir, par le ballottement, l'extrémité inférieure du rein droit; le liquide, eau de roche, fut analysé par M. Winter, qui n'y trouva pas de pigments biliaires. Dans un autre cas, qui remonte à 1890, et est relaté dans la thèse de Calot, il s'agissait d'une cholécystite calculeuse suppurée, que certains cliniciens avaient prise pour un kyste hydatique du foie.

J'admets donc, avec M. Tuffier, que le diagnostic de la lithiase limité à la vésicule n'est pas toujours très facile. Je signalerai encore la possibilité d'une erreur avec certaines cholécystites non calculeuses, ayant causé des adhérences de la vésicule au côlon : récemment, j'ai opéré une dame de quarante-cinq ans, chez laquelle, après avoir libéré ces adhérences, je n'ai pas trouvé trace de calculs. Cette malade a guéri, mais l'opération est trop récente pour que je puisse parler de résultat thérapeutique.

Chez cette malade, je n'ai pas ouvert la vésicule. Chez 3 autres, après avoir senti un calcul obstruant le col, j'ai pratiqué la cholécystectomie, et j'ai eu 3 résultats excellents à longue échéance; aujourd'hui, je vois encore, de temps à autre, la malade que j'ai opérée en septembre 1893, et elle n'a plus jamais souffert. Par la cholécystectomie, même dans un cas où le bactérium coli infectait la vésicule suppurée, je n'ai eu aucun revers, et, lorsque, après laparotomie, elle paraît aisée à pratiquer, je crois que c'est la méthode de choix, car elle met sûrement à l'abri de la récidive.

Luxation iliaque irréductible de la hanche. Décapitation de la tête du fémur. Mort. — M. Delorme. Le malade, qui fait le sujet de cette observation, s'est luxé le fémur dans une chute. Treize jours après l'accident, une première séance de réduction fut tentée, mais en vain. Huit jours après, une seconde ne fut pas plus heureuse. Quelques semaines après, deux nouvelles tentatives de réduction sous chloroforme ne donnèrent pas de meilleur résultat. Le 9 juillet 1895, plus de trois mois après l'accident, après un nouvel essai infructueux sous chloroforme, je pratiquai l'intervention, et j'eus recours à la décapitation du fémur, proposée par M. Ricard. L'opération fut longue, et dura deux heures. La particularité qu'elle présenta fut que la réduction ne put être effectuée qu'après la section d'une masse osseuse de nouvelle formation, qui s'étendait de la base du col à la partie inférieure de la cavité cotyloïde.

Les suites furent malheureuses, et le malade, paludéen revenant des colonies, mourut le lendemain, sans doute d'accidents pernicieux palustres.

L'autopsie partielle seule a été faite. Il existait une masse osseuse iléo-trochantérienne, présentant la consistance et l'aspect irrégulier des ostéomes des cavaliers. Cet ostéophyte était ici la cause de l'irréductibilité : le fait est rare, et je n'en ai pas trouvé d'autre exemple.

Contusion et hémorrhagie du foie. Laparotomie. Guérison. — M. J. L. Faure. J'ai pratiqué la laparotomie chez un malade qui avait reçu, trois heures auparavant, un coup de pied de cheval dans l'hypocondre droit. Le péritoine contenait une assez grande quantité de sang. La vésicule biliaire était décollée du foie, auquel elle ne tenait plus que par un lambeau péritonéal. Le bord antérieur du foie était déchiré, et, à ce niveau, un vaisseau du calibre d'une coronaire labiale donnait un jet de sang. Une pince, saisissant le bord antérieur du foie, fut laissée à demeure sur le vaisseau, en même temps qu'une mèche de gaze stérilisée tamponnait les surfaces saignantes. La pince et la gaze furent enlevées au bout de quarante-huit heures, et la guérison survint sans incidents notables.

Endométrite fétide des femmes âgées. — M. G. Maurange. Pour la quatrième fois en six ans, j'ai eu l'occasion d'observer un cas d'endométrite fétide, chez une femme ayant dépassé la ménopause. L'affection, survenue six mois auparavant, en pleine santé, chez une multipare de soixante-deux ans, ayant eu à quarante-sept ans une ménopause régulière, était caractérisée par un écoulement purulent d'une horrible fétidité, se faisant, à intervalles irréguliers, par de véritables décharges, précédées d'une période plus ou moins prolongée, de vives douleurs dans le bas-ventre et les reins. En même temps, il y avait de l'amaigrissement, une diminution générale des forces, un aspect cachectique.

Au toucher, on trouvait le col boursouflé, volumineux et mobile, le corps augmenté de volume et douloureux à la pression, des cul-de-sac libres, le vagin très enflammé. Au spéculum, on constate que la muqueuse vaginale est d'une coloration rouge foncée, et comme granuleuse. L'introduction de l'hystéromètre, très douloureuse, donne une profondeur de 8 cent. 1/2; en le retirant, il s'écoule, par le museau de tanche, un pus sanieux, d'une horrible fétidité.

Il s'agissait là, bien évidemment, de l'un de ces cas d'endométrite fétide dont j'ai donné la description clinique et anatomo-pathologique dans deux mémoires antérieurs[1]. Un traitement simple fut institué : dilatation de l'orifice du col, désinfection de l'endomètre à la glycérine créosotée, tamponnement à la gaze iodoformée de la cavité utérine et du vagin, et, après quelques pansements, la malade a recouvré son état de santé antérieur.

L'intérêt de ces faits est de mettre en garde contre une erreur possible de diagnostic avec le cancer utérin, erreur qui a été commise par des gynécologistes éprouvés. Il existe, en effet, des cas où il ne manque rien au tableau clinique du cancer, pas même l'hémorrhagie, et dans lesquels, seul l'examen histologique peut conduire à un diagnostic exact.

Il paraît donc nécessaire de faire, désormais, le diagnostic différentiel du cancer utérin — qui n'est, du reste, pas si fréquent après la ménopause — avec l'endométrite sénile et, spécialement, avec la variété que nous avons proposé d'appeler endométrite fétide des femmes âgées.

Fracture de la rotule. Echec de la suture. — M. Delorme présente un malade auquel il a pratiqué la suture de la rotule pour une fracture de cet os, avec 6 centimètres d'écartement des fragments supérieur et inférieur. Il a eu recours au procédé de Ceci. Vers le vingtième jour, il a mobilisé le genou, le fléchissant à angle droit. Au cours d'une de ces mobilisations, le fil s'est cassé, et actuellement le résultat peut être considéré comme nul.

M. Lucas-Championnière fait remarquer qu'il a eu des succès avec des écartement de 14 centimètres. L'échec de M. Delorme tient à ce qu'il n'a pas employé un fil assez résistant et qu'il a mobilisé le genou. Il faut et il suffit, pour éviter la raideur articulaire, de permettre au malade de marcher, sans lui imprimer de grands mouvements.

Photographie par les rayons de Roentgen. — MM. Gérard-Marchand et Monod présentent des photographies d'un pied et d'une main dans lesquels les rayons de Roentgen ont permis de montrer nettement l'existence de projectiles qu'on soupçonnait.

F. Jayle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

8 Mai 1896.

Gigantisme et acromégalie. — M. Brissaud. Je désirerais revenir sur la communication, faite par M. Marie, sur deux types de déformation des mains dans l'acromégalie. Cette communication ne fait, à mon sens, qu'apporter deux arguments de plus à la thèse que nous avons soutenue, il y a environ un an, M. Meige et moi.

M. Marie prend à partie deux de nos conclusions : « 1° l'acromégalie est le gigantisme de l'adulte, le gigantisme est l'acromégalie de l'adolescent; 2° l'acromégalie est une maladie, mais le gigantisme aussi est une maladie, et qui plus est, c'est la même. »

Depuis la remarquable description que M. Marie nous a donnée de l'acromégalie, on a signalé de nombreux cas où acromégalie et gigantisme étaient associés. M. Marie nous reproche d'être parti de cette coïncidence pour aboutir à l'identification de ces deux états pathologiques. Mais, que veut-on dire quand on dit maladies identiques ?

Pour créer des cadres nosologiques distincts, doit-on considérer l'âge du sujet sur lequel évolue l'affection ? Faut-il, par exemple, considérer comme deux affections distinctes, la méningite tuberculeuse de l'adulte, et la méningite tuberculeuse de l'enfant ? Toute la question est là.

Pour en revenir à l'acromégalie et au gigantisme, on peut affirmer qu'il s'agit, dans les deux cas, d'une exagération d'un processus normal; mais, quelle est cette force d'accroissement qui suscite, sans cesse, une formation nouvelle de tissu osseux? Je ne saurais le dire, c'est cependant là toute la maladie.

Cet excès de développement survient-il sur un sujet jeune, dont les cartilages ne sont pas encroûtés de sels calcaires, le sujet deviendra un géant.

Si, au contraire, cet excès de développement survient chez des adultes, l'os s'accroîtra en largeur, dans le *sens cubique*, suivant l'expression si juste de M. Marie. Ceci explique pourquoi peu d'acromégaliques sont géants ; c'est que l'affection a débuté, chez eux, tardivement. De même, il est aisé de comprendre pourquoi peu de géants sont acromégaliques, c'est que chez eux l'exagération du processus normal d'ossification a cessé lorsque les cartilages ont été soudés.

Nos conclusions restent donc pleines et entières; et j'espère qu'elles recevront une confirmation définitive lorsque, dans les observations futures, on notera avec plus de soins l'âge du sujet au début de l'affection.

1. G. Maurange. — « Endométrite fétide des femmes âgées », *Presse méd.*, 25 Janvier, 1893. — « Endométrites séniles », *Gaz. hebd.*, 21 Septembre, 1895.

La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades en 1895. — M. E. Apert. Le service de la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades, fait en 1895 par M. M. Grancher (mois d'été) et M. Marfan (mois d'hiver), a reçu dans le courant de l'année, 239 scarlatineux; 14 sont morts.

La mortalité brute du service a donc été de 5,8 pour 100, chiffre notablement inférieur à celui des années précédentes. Elle est constituée, pour moitié, par des décès d'enfants apportés mourants ou très gravement atteints, et qui sont morts peu de temps après l'entrée; 7 décès ont eu lieu dans ces conditions.

Les 7 autres sont dus aux causes suivantes : broncho-pneumonies 3, angine secondaire à streptocoques 1, tuberculose 1, gastro-entérite chez des nourrissons 2.

Les complications les plus souvent notées ont été les suivantes : angines blanches du début (32 pour 100), angines secondaires (7 pour 100); toutes étaient des angines à streptocoques; adénites suppurées du cou (3 pour 100), otites (20 pour 100), albuminurie (20 pour 100), dont 6 pour 100 de néphrites graves, broncho-pneumonies (5 pour 100), pleurésies purulentes (1 pour 100), complications articulaires (4 pour 100), complications cardiaques, un seul cas.

Au point de vue de l'âge, la période de trois à neuf ans est celle où la scarlatine est surtout fréquente. La mortalité est d'autant plus forte que les enfants sont plus jeunes; elle a été nulle au-dessus de neuf ans, pour les deux premières années, elle atteint, au contraire, 18 pour 100, et 50 pour 100 pour la première année.

La maladie a eu sa plus grande fréquence au printemps et en été; les complications ont été surtout fréquentes en automne; la mortalité a été le plus élevée en hiver (Janvier 22 pour 100) et presque nulle en été et en automne (un seul décès de Juin à fin Novembre); 32 enfants considérés comme suspects de diphtérie, à cause de leur angine blanche, ont reçu chacun à l'entrée 20 centimètres cubes de sérum de Roux. 28 pour 100 d'entre eux ont fait des éruptions de sérum, ordinairement quatorze jours après l'injection, éruptions morbilliformes et parfois accompagnées d'arthralgies, mais elles n'ont jamais été suivies de phénomènes graves et ont toujours disparu en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Leur fréquence concorde bien avec la remarque de M. Sevestre, qui a noté que les éruptions de sérum se voient surtout avec les angines à streptocoques, en particulier, les éruptions morbilliformes qui survieunent à la fin de la seconde semaine.

Deux essais de traitement de scarlatines graves par le sérum de Marmorek n'ont pas été encourageants.

Le traitement ordinaire s'est borné au régime lacté intégral, à l'acétate d'ammoniaque pendant la période d'éruption (1 à 2 grammes par jour), aux irrigations buccales d'eau bouillie aromatisée, et à l'injection d'huile mentholée dans les fosses nasales, pour assurer l'asepsie de ces cavités.

Malgré ces précautions, si la mortalité a été relativement faible, la morbidité du service a été élevée; 43 pour 100 des enfants ont été atteints de complications secondaires survenues dans le service (angines secondaires, otites, ganglions suppurés, albuminuries, bronchopneumonies, etc.). Cette morbidité tient à la défectuosité des locaux.

Les scarlatineux, comme du reste les rougeoleux, sont logés dans des greniers trop petits, trop sombres et trop vieux, sans chambres d'isolement pour les cas compliqués.

La construction de nouveaux services a été reconnue nécessaire et décidée, en principe, depuis longtemps; des fonds ont été alloués dans ce but à l'Assistance publique sur les bénéfices du pari mutuel; il est à souhaiter que l'on ne tarde pas à commencer les premiers travaux.

M. Marfan. Je désire appeler l'attention sur la statistique que vient de lire M. Appert. On peut remarquer le chiffre très faible de la mortalité. Il était utile de publier une semblable statistique, à une époque où un traitement nouveau, la sérumthérapie, tend à se substituer aux anciennes méthodes.

M. Legendre. Je tiens à faire deux remarques au sujet de la statistique de M. Appert :

1° La mortalité de 5 pour 100 est évidemment très faible; cependant, dans mon service d'Aubervilliers, la mortalité ne fut que de 2 pour 100.

2° La fréquence des otites est variable, et, peut être, par suite des procédés thérapeutiques employées. Il est incontestable que les irrigations antiseptiques, faites dans la cavité pharyngée, diminuent le nombre de ces complications, mais encore faut-il que ces irrigations soient faites convenablement, par une personne exercée; je suis convaincu que, pratiquées maladroitement, ces injections sont nuisibles.

M. Marfan. La statistique de M. Legendre n'est pas comparable à la nôtre. M. Legendre ne soigne que les adultes; or, dans notre service, tous les enfants âgés de plus de neuf ans ont guéri; ne sont morts que quelques enfants au-dessous de neuf ans; la mortalité est donc d'autant plus forte que les sujets sont plus jeunes.

M. Rendu. La statistique de MM. Marfan et Appert est évidemment très intéressante; mais, comme toutes les statistiques, elle est passible d'un reproche capital. La scarlatine n'est pas toujours semblable à elle-même. Dans toutes ces infections, il faut tenir compte du génie

épidémique; or, actuellement, il me semble que la scarlatine devient plus bénigne.

De même pour les complications observées, elles tiennent également à ce génie épidémique; et personne n'ignore la fréquence considérable des otites, compliquant cet hiver les maladies éruptives.

M. Comby. Il est intéressant de rappeler maintenant les statistiques publiées par M. Marmorek. Pendant le dernier trimestre de 1895, M. Marmorek injecta du sérum à 96 scarlatineux; la mortalité fut de 8 pour 100. Ceci tendrait donc à prouver que le sérum n'est pas efficace.

De même, de la comparaison des deux statistiques, il ressort ce fait : c'est que le sérum n'a aucune action préventive contre les accidents, qui, cependant, sont produits par l'infection streptococcique.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

8 Mai 1896.

Hernie inguinale volumineuse. — M. Ungauer présente une énorme hernie inguinale droite, trouvée chez un individu mort d'urémie. Le sac herniaire contenait une partie de l'estomac, tout l'intestin grêle moins le duodénum, et le gros intestin.

Gangrène du poumon et abcès du foie. — M. Ch. Lévy rapporte l'observation d'un individu présentant, depuis plusieurs mois, des crachements de sang. A son entrée à l'hôpital, le 1er Décembre 1895, on porte le diagnostic de gangrène pulmonaire. Le malade se cachectisa, présenta de l'ictère, un foie et une rate augmentés de volume. La mort survint dans le marasme. A l'autopsie, on trouva de la gangrène du lobe supérieur du poumon droit, et des abcès miliaires dans le foie et la rate. Ces abcès contenaient du streptocoque. Il est logique d'admettre que les abcès du foie et de la rate étaient consécutifs à la gangrène pulmonaire, les autres viscères étant sains.

Chondrôme du tibia. — MM. Robineau et **Schmidt** communiquent l'observation d'une femme de soixante-cinq ans, atteinte, depuis plusieurs années d'une tumeur au niveau du genou. Il se créa une fistule, des troubles trophiques du côté de la jambe, en sorte que l'amputation fut jugée nécessaire.

La dissection de la pièce montra que l'on était en présence d'un très volumineux enchoudrôme ayant englobé les vaisseaux et le nerf sciatique poplité externe.

Cancer primitif nodulaire du foie. — M. Auscher montre un foie pesant 5 kilogr. 400, rempli d'une infinité de noyaux cancéreux de tout volume. Il y avait une généralisation au sternum, aux côtes, à l'os pariétal, au hile pulmonaire et même dans les méninges.

Le diagnostic de cancer primitif a été porté parce que tous les autres viscères étaient indemnes de lésions néoplastiques.

Épithélioma de la capsule surrénale généralisé. — M. Auscher rapporte l'observation d'une femme cachectique, présentant une tumeur du sacrum, avec paraplégie flasque. Cette tumeur était pulsatile. On trouva, en outre, un tumeur abdominale. Quelques mois plus tard, les os furent pris, le col du fémur et l'extrémité supérieure de l'humérus. La femme mourut de cachexie.

A l'autopsie, on trouva, d'abord, un kyste dermoïde de l'ovaire, contenant de la matière sébacée, des os, des poils et une dent. On trouva, encore, une énorme tumeur du sacrum, grise, de consistance ferme. La capsule surrénale gauche était énorme, et offrait, sur une coupe, le même aspect que la tumeur du sacrum. Il s'agissait d'un épithélioma de cet organe, qui avait donné des métastases dans le sacrum, le fémur et l'humérus.

Appendicite. — M. Leblanc rapporte l'observation d'une malade, opérée par M. Peyrot, à Lariboisière, le 27 Avril.

Cette malade, âgée de vingt-cinq ans, était entrée la veille au soir, pour des accidents abdominaux de moyenne intensité. Elle déclarait n'avoir pas eu ses règles depuis le mois de Janvier.

Depuis cinq jours, elle souffrait de douleurs abdominales, à prédominance iliaque droite; le début de ces douleurs avait été brusque, mais la malade souffrait légèrement, dans cette région, depuis un an. Constipation, pas de vomissements. Pouls un peu fréquent, mais plein. Pas de fièvre. La veille au soir, 38°,7.

Le ventre, dans sa partie inférieure, est gros, tendu, douloureux. Le toucher vaginal décèle un col assez ferme, et les culs-de-sac sont occupés par une masse lisse, régulière et rémittente.

On diagnostiqua : rupture d'une grossesse extra-utérine ou kyste à pédicule tordu.

La laparotomie médiane sous-ombilicale, conduisit sur un utérus gravide d'environ quatre mois. Mais la lèvre droite de l'incision étant soulevée, un peu de liquide louche et fétide s'écoula. La plaie, immédiatement agrandie jusqu'au-dessus de l'ombilic, permit de vider une petite collection purulente siégeant dans la fosse iliaque droite, et nullement séparée de la grande cavité péritonéale par des fausses membranes. Cette collection soigneusement épongée, on aperçut, au niveau du détroit supérieur, et contre le bord droit de l'utérus, l'appendice iléo-cæcal fixé au péritoine pariétal et perforé à son sommet. Cet appendice est facilement libéré de ses adhérences, lié à sa base et réséqué.

Une contre-incision iliaque a permis de drainer le foyer et de refermer la plaie médiane. Aujourd'hui, onzième jour, cette plaie médiane est réunie, et la malade est aussi bien que possible.

L'appendice que voici a été fendu dans le sens de sa longueur; il présente, à son extrémité, deux renflements superposés, l'un supérieur, plus petit, l'autre inférieur, au niveau de la face interne duquel se trouve la perforation. Ces deux renflements sont surmontés chacun d'un étranglement, et l'étranglement inférieur les sépare l'un de l'autre. La paroi de l'appendice est sensiblement amincie au niveau du plus grand diamètre transversal des renflements. L'inférieur contenait un petit calcul fécal ressemblant à un pépin de fruit; ce calcul obstruait à moitié la perforation; il s'est écrasé sous le doigt.

Ce sont bien là ces rétrécissements signalés dernièrement à l'Académie par M. Laveran, rétrécissements à la fois effets d'inflammations antérieures et causes d'inflammations futures. La malade souffrait depuis un an. Les rétrécissements ont dû se former sous l'influence de poussées légères; en arrière d'eux, il s'est fait une rétention des produits de sécrétion de la muqueuse appendiculaire, par dilatation; la nutrition de la paroi s'est altérée; cette paroi s'est amincie sous l'influence de la dernière poussée et la perforation a été produite.

Kystes dermoïdes de l'ovaire. Epithélioma. — M. Leblanc rappo te l'observation d'une malade, entrée salle E. Roy, pour douleurs abdominales, datant de six semaines et s'accompagnant de pertes rapides des forces.

La région ombilicale est distendue par une tumeur dure, volumineuse, irrégulière, bosselée, très douloureuse à la pression et non fluctuante. Quelques frottements péritonéaux périphériques. Cul-de-sac vaginal postérieur empâté; frottement à la base des deux poumons.

Laparotomie, le 4 Mai. A l'ouverture du péritoine, il s'échappe du liquide ascitique sanguinolent. Une tumeur ovarienne, du volume d'une tête de fœtus à terme, et située à gauche, est extirpée, après ligature du pédicule à la soie.

L'ovaire gauche, du volume d'une mandarine, est également enlevé. Il existe des noyaux cancéreux sur l'épiploon, le mésentère, et un véritable chou-fleur sur le péritoine pariétal, au-dessus et à droite de la vessie.

A l'examen, l'ovaire gauche forme une tumeur polykystique avec contenus divers, brun, ocre, jaune, grisâtre, épais ou liquide.

L'ovaire droit, plus petit, laisse échapper une masse de cheveux baignant dans un liquide huileux; puis un véritable mamelon recouvert de poils longs et soyeux; le mamelon est recouvert d'épiderme; il contient à son centre un petit lipome et à sa base une dent irrégulière et recouverte d'émail.

En recherchant alors soigneusement dans les débris du gros kyste gauche, on trouve, au milieu de la masse, une petite poche du volume d'une noisette et contenant des cheveux et de la matière sébacée.

En somme, kyste dermoïde bilatéral de l'ovaire avec dégénérescence cancéreuse et généralisation.

R. MARIE.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE, DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Congrès de Mai 1896

Des abcès mastoïdiens sans suppuration de la caisse. — M. Lubet Barbon. L'empyème des cellules mastoïdiennes est, en général, consécutif à une suppuration aiguë ou chronique de la caisse, et l'on comprend aisément le mécanisme de la propagation inflammatoire à toute la muqueuse de l'oreille moyenne. Il est des cas plus obscurs dans lesquels, sans parler, bien entendu, des osteites de l'apophyse, qui n'ont rien à voir avec l'empyème, l'inflammation des cellules semble être primitive ou, tout au moins, indépendante d'une suppuration de la caisse. L'observation de quelques-uns de ces cas nous a montré qu'ils présentaient, dans leur évolution, certains signes communs, et dans leur localisation, des particularités anatomiques importantes pour leur pronostic et leur traitement. Je citerai, à ce propos, six cas observés, et qui paraissent calqués les uns sur les autres, mais qui présentent, néanmoins, quelques points caractéristiques.

En premier lieu, la lenteur de l'évolution. L'affection débute par des phénomènes bien nets, souvent bilatéraux, du côté des oreilles; le froid ou la grippe en sont la cause le plus souvent indiquée.

Après quelques jours, les phénomènes auriculaires s'amendent, disparaissent d'un côté, pour se localiser de l'autre, et les patients se plaignent de gêne de l'audition, de bourdonnements, ou plutôt de battements isochrones à ceux du pouls, de douleurs plus ou moins vives, plus ou moins continues, mal localisées, siégeant à la tempe, à la nuque. Au bout d'un temps qui excède parfois trois mois, il y a une recrudescence de la douleur et une localisation plus nette, dans la région mastoïdienne. Les mouvements sont difficiles, l'état général est moins bon, parfois il y a de la fièvre et des frissons.

L'examen de la région ne montre souvent rien d'anormal, la pointe de l'apophyse est douloureuse, et il y a un peu d'empâtement en arrière et en bas.

L'audition est diminuée, la membrane est rouge, dépolie, donnant à l'ouïe l'impression d'être épaissie. Par la douche d'air, on ne constate pas la présence du liquide dans la caisse, et, fait très remarquable, le cathétérisme n'améliore en rien l'audition. La paracentèse, souvent tentée, ne donne pas issue à du pus.

Bientôt apparaît du gonflement, siégeant en arrière de l'apophyse, effaçant quelquefois la lumière du conduit, et s'accompagnant, au début, d'exacerbation des douleurs. Celles-ci cèdent souvent, en même temps que la fluctuation apparaît, et c'est un signe que le pus a perforé sa coque osseuse, et s'étale librement sous les tissus.

Si l'on trépane alors, au lieu d'élection, pour la recherche de l'antre, on pénètre dans cette cavité, et on n'y rencontre pas de pus; à peine quelques bourgeons, quelquefois un simple épaississement de la muqueuse. Comme il faut trouver la raison des symptômes, on descend vers la pointe, on ouvre les cellules, et, c'est là qu'on trouve la collection. Lorsque la trépanation s'est faite d'elle-même, et que le pus s'est épanché en dehors de la corticale, c'est encore à la pointe que siège le pertuis fistuleux, et quelquefois le pus s'est fait jour dans les gaines des muscles qui s'insèrent à l'apophyse; ainsi donc, un empyème s'est développé insidieusement dans les cellules, tandis que l'antre et la caisse sont à peu près indemnes.

Quelles sont les causes de ces abcès et les raisons des particularités qu'ils présentent.

Schwartz pense que la migration des microbes pyogènes, se fait par la voie tubaire et tympanique; Pautzer ne doute pas que cela ne soit aussi et que les microbes pyogènes trouvent, dans l'apophyse, un milieu de culture favorable qu'ils n'ont point trouvé dans la caisse.

Le mode de début qu'on rencontre dans la plupart des observations, nous invite à nous ranger à l'opinion de ces deux maîtres, et à penser que le pharynx est la source première des accidents, que l'inflammation envahit la caisse par la trompe, les cellules par la caisse, et tandis que la régression de l'inflammation se produit dans les premières voies, elle continue, au contraire, dans le cul de sac de l'apophyse. Il est, en effet, bien rare de ne pas trouver, dans l'historique de la maladie, une poussée aiguë du côté de l'oreille moyenne qui, dans certains cas, peut passer presque inaperçue, tandis que dans d'autres, elle s'accompagne d'accidents passagers et fugitifs du côté de la caisse, avec une perforation rapidement fermée et sans diminution très marquée de l'audition.

Le second point important, dans l'histoire de ces abcès, est leur marche torpide.

Trompé par leur allure insidieuse, n'ayant pas devant lui les éléments ordinaires de son diagnostic et les raisons suffisantes de son intervention, le chirurgien se laisse devancer par le mal, et peut agir trop tard sur un abcès qui n'est plus toute la maladie.

Sans parler des abcès par congestion, et Luc en a cité un exemple, qui ne sont que l'ouverture de l'abcès dans une voie inaccoutumée et ne constituent pas, à proprement parler, une complication, on peut voir survenir soit des accidents d'infection générale, soit des accidents du côté du cerveau, méningite ou abcès, qui évoluent tout à leur aise et sont déjà constitués au moment d'une intervention tardive, qui n'en entrave en rien la marche.

D'où l'indication de ne pas trop tarder : en présence de l'inocuité de l'intervention, intervenir plutôt trop tôt que trop tard.

Le troisième point à relever est le siège de l'abcès.

Dans une otite suppurée compliquée de mastoïdite nous avons toujours consulté de pratiquer la trépanation au niveau de l'antre. C'est, en effet, l'antre qui est le milieu du bissac que forme l'oreille moyenne; il est le point de confluence des deux cavités, caisse et cellules; il en est aussi le point culminant, et, quand on l'a largement ouvert on commande, d'une part sur la caisse, de l'autre sur les cellules, et ont est toujours à temps et bien placé pour poursuivre la trépanation, soit d'un côté, soit de l'autre.

Il n'en est pas de même ici; l'exposé de nos observations, d'accord avec les idées théoriques que nous avons émises montre que l'antre et la caisse sont indemnes. La collection est localisée, enkystée dans les cellules de la pointe de l'apophyse. C'est donc à la pointe qu'il faudra d'emblée aller chercher le pus.

Pour nous résumer, nous dirons que les abcès mastoïdiens, sans suppurations de la caisse, présentent un certain intérêt.

1° Par leur origine que nous croyons pharyngée, bien que la route inflammatoire se perde pour ainsi dire au niveau de la caisse.

2° Par leur évolution lente et insidieuse, n'invitant pas à l'intervention et à la faveur de laquelle peuvent se produire des complications d'abcès par congestion, d'abcès intra-crâniens, d'accidents infectieux généraux.

4° Par leur siège; ce sont les cellules de la pointe de l'apophyse qu'il faut, dans ces cas, trépaner directement

Note sur trois cas d'otite moyenne avec complications mastoïdiennes guéris sans intervention chirurgicale. — **M. Vacher** (d'Orléans). Ces trois cas, que j'ai observés depuis dix-huit mois, tendent à prouver que, malgré des lésions graves et évidentes, on peut espérer obtenir une guérison, sans recourir à l'ouverture de l'apophyse. Depuis quelques années, on est très porté à cureter la mastoïde. De nombreuses statistiques ont été publiées. Mais, d'un autre côté, il y a déjà un certain nombre d'observations dans lesquelles des lésions sérieuses de l'attique et de l'apophyse ont été guéries sans opération, par une antisepsie rigoureuse, des irrigations modificatrices de l'attique et de la caisse, des révulsifs énergiques, etc.

Ce n'est pas que la trépanation m'effraie et que je fasse partie de la catégorie de ceux qui retardent trop l'intervention chirurgicale. Non, je les crois beaucoup plus dangereux que ceux qui opèrent d'emblée, parce qu'une opération bien faite guérit assez vite, sans presque laisser de traces. D'autre part cependant, nous connaissons tous des cas d'évidement du rocher, suivis de suppuration interminable. Je ne crois pas que, dans mes trois observations, on puisse soupçonner une erreur de diagnostic. Aucun des symptômes classiques ne faisait défaut ; il y avait une suppuration abondante, de l'œdème de la paroi postéro-supérieure du conduit, du gonflement de l'apophyse, de la sensibilité à la pression, une température plus élevée au niveau de cette région.

Je crois devoir attribuer les meilleurs effets à l'emploi de la gaze sur la région, sans irrigation de l'attique à l'eau oxygénée, qui est l'antiseptique le plus puissant que nous ayons à notre disposition.

Ces trois observations prouvent, une fois de plus, qu'il ne faut pas agir de parti pris, que la méthode conservatrice peut donner d'aussi bons résultats que la trépanation, si le malade est suivi avec le plus grand soin, si on a recours à toutes les ressources de l'antisepsie locale, à la révulsion, aux réfrigérants, en se tenant constamment prêt à agir en cas de danger. On doit toujours avoir présent à l'esprit que, chez les enfants, la suture pétro-squameuse n'étant pas entièrement ossifiée, la propagation aux méninges est beaucoup plus à redouter, et que la temporisation chez eux pourrait avoir des conséquences fatales. L'intervention hâtive, l'expectation trop prolongée sont également dangereuses. Fixer positivement le moment opportun est impossible; il faut donc régler sa conduite sur chaque cas particulier et se laisser guider par l'état général du sujet et par notre expérience chirurgicale.

L'anémie chronique du labyrinthe et l'épreuve du nitrite d'amyle. — **M. Lermoyez.** La séméiologie de l'oreille interne est encore fort insuffisante, surtout quand il s'agit de déterminer le siège exact et la nature des lésions labyrinthiques.

Elle se perfectionnera surtout grâce à la méthode anatomo-clinique, qui, entre les mains de Ménière père, de Mous, de Bezold, a déjà donné de précieux résultats.

Cependant, l'observation clinique pure, quand elle a la chance de rencontrer un fait simple et précis, peut également fournir d'utiles éléments à ce diagnostic. C'est à ce titre que je rapporte l'observation suivante.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, diabétique, gras, alcoolique, qui, quatre ans auparavant, à la suite de troubles gastro-hépatiques, fut longuement soumis à une hygiène alimentaire des plus sévères. Bientôt s'établirent des troubles auriculaires : vertiges, bourdonnements, surdité, qui, peu à peu s'accrurent au point de rendre toute vie active impossible. Quand je vis ce malade, je constatai, outre des lésions banales d'otite sèche, une insuffisance labyrinthique très prononcée.

Attribuant celle-ci à une hypérémie chronique de l'oreille due au mauvais fonctionnement de l'estomac, j'inst ituai un traitement dans ce sens qui, au bout de plusieurs mois, n'eut pour résultat que d'aggraver encore les troubles auditifs. Frappé alors que le malade entendait beaucoup moins après les repas, et que, d'autre part, les purgatifs énergiques le laissaient presque sourd, pendant quelques jours, je supposai que tous les accidents auriculaires devraient être dus, non pas à une hypérémie, mais au contraire, à une anémie chronique du labyrinthe.

Pour assurer mon diagnostic, je fis inhaler au malade quelques gouttes de nitrite d'amyle : instantanément les bourdonnements cessèrent et l'audition pour la voix basse passa de 0,20 à 0,37 centimètres. Je me contentai alors de prescrire, contre cette anémie labyrinthique, l'usage prolongé de la trinitine; et, un mois après, l'audition était montée de 0,37 à 2 mètres.

Deux notions nouvelles se dégagent de cette observation :

1° Il existe, dans le labyrinthe, deux sortes de troubles circulatoires diamétralement opposés, l'hypérémie et l'anémie chronique, qui, fonctionnellement, se traduisent par des symptômes à ce point identiques, qu'on ne peut les distinguer; et cependant, cette distinction est des plus importantes pour le traitement. Aucun des signes donnés par les auteurs classiques, pour faire ce diagnostic différentiel, n'a de valeur sérieuse. Au contraire, l'*épreuve du nitrite d'amyle*, telle que je l'ai employée chez mon malade, fournit sur ce point des renseignements immédiats et précis. Il suffit de faire inhaler au patient cinq ou six gouttes de cet éther, et de comparer l'acuité auditive avant et immédiatement après cette inhalation : si la surdité, les bourdonnements, sont dus à de la congestion du labyrinthe, ils augmentent momentanément; s'il y a, au contraire, anémie de l'oreille interne, ces troubles s'atténuent séance tenante et l'acuité auditive s'accroit instantanément, comme après une douche d'air. Employé ainsi à doses diagnostiques, le ont jamais nitrite d'amyle n'offre aucun danger.

D'ailleurs, les auristes qui l'ont maintes fois prescrit empiriquement, pour calmer les douleurs d'oreilles, n'ont observé aucun inconvénient sérieux.

2° Le diagnostic, ainsi affirmé, fournit à la thérapeutique une indication précise. Tout syndrome labyrinthique, qui s'atténue momentanément par l'épreuve du nitrite d'amyle, relève d'une i-chémie de l'oreille, et réclame une médication vaso-dilatatrice.

Aux inhalations répétées de nitrite d'amyle, qui deviendraient pénibles, et dont l'accoutumance s'établit rapidement, je préfère un médicament à action plus lente, mais plus durable, tel que la *trinitrine*; elle se prescrit aux doses indiquées par Huchard dans le traitement de l'angine de poitrine. Bien entendu, cette médication doit être associée au traitement pathogénique de l'anémie labyrinthique dans le cas ou on parvient à découvrir sa cause; mais dans les cas fréquents où celle-ci demeure inconnue, c'est fort utile de pouvoir soulager le malade par un traitement rationnel déduit de la physiologie pathologique des symptômes auriculaires.

Aphonie d'origine olfactive. — **M. Joal** (du Mont-Dore), dans un travail antérieur, a établi qu'il existait une étroite relation de cause à effet entre certaines sensations olfaltives et certains troubles vocaux. Il a montré que les altérations pouvaient porter sur les différentes parties de l'instrument humain et entraîner des modifications du côté : 1° de l'élément résonnant; 2° de de l'élément vibrant; 3° de l'élément moteur.

De plus, l'auteur avait réuni 10 cas d'aphonie cités par les auteurs ou recueillis par lui-même sous l'influence des odeurs et des parfums, mais, dans un seul fait, l'examen laryngoscopique avait été pratiqué et avait révélé que la perte de la voix était liée à des troubles congestifs du larynx: dans un autre cas, il s'agissait probablement d'un spasme phonétique.

Aujourd'hui, M. Joal rapporte l'observation d'un jeune homme qui fut pris de paralysie bilatérale des muscles adducteurs, indépendante de tout phénomène hyperémique du larynx, après avoir été soumis à l'action de l'essence de menthe, répandue autour de son lit pendant le sommeil.

L'irritation des appareils terminaux du nerf olfactif a provoqué, par influence réflexe, la turgescence du tissu érectile du nez, et l'excitation des filets du trijumeau, d'où un réflexe secondaire, qui a abouti à l'akinésie des muscles constricteurs du larynx.

Localisations pharyngiennes rares dans la syphilis héréditaire tardive. — **M. Mounier.** Relation de trois cas de gomme unique ulcérée de la paroi pharyngienne supérieure, sans autres manifestations du fond de la gorge. Les troubles consistaient surtout en vives douleurs à la déglutition qui paraissaient dues à des phénomènes nerveux. Le diagnostic n'a pas été porté avant la rhinoscopie postérieure, et les médecins habituels ne voyaient rien d'anormal.

Chez ces trois malades, de dix-huit, vingt-deux et onze ans, le traitement ioduré a produit une rapide cicatrisation de l'ulcération pharyngienne à fond grisâtre et à bords taillés à pic.

Ces sujets ont eu manifestement, d'après l'enquête et l'interrogatoire, des accidents tertaires héréditaires.

Un cas de voix eunuquoïde. Guérison par des exercices vocaux. — **M. Labit** (de Tours). Il existe deux sortes de voix de fausset; l'une, qui tient à une altération des organes génitaux, c'est la véritable voix d'eunuque ; l'autre, qui se produit dans des larynx présentant des dimensions normales, et qui provient d'un défaut dans la contraction des muscles de cet organe : c'est la voix dite eunuquoïde. A ce sujet, l'auteur rapporte deux observations qu'il a pu recueillir l'année dernière. Dans la première, la voix se produisait avec un larynx dont les cordes vocales laissaient entre elles en arrière une biomie très appréciable ; dans le second cas, la glotte présentait une forme elliptique. Dans les deux cas, la guérison a été obtenue en peu de temps par des exercices vocaux.

L'auteur fait suivre ces observations d'une discussion sur les théories que l'on a données sur la production de cette dysphonie et il conclut : 1° que la voix eunuquoïde peut se produire par plusieurs mécanismes différents; 2° qu'elle apparaît généralement au moment de la mue; 3° que les sujets à voix eunuquoïde ont, après leur guérison, une voix de basse; 4° enfin que la guérison est facile et rapide au moyen de la gymnastique vocale.

M. Garel. J'ai résumé 18 observations de voix eunuquoïde; la plupart avaient trait à des jeunes gens à larynx très développé, à voix de basse. Au moment de la mue, la voix a un saut considérable à faire, qui n'est qu'incomplètement franchi. Dans ces cas, l'examen laryngoscopique m'a toujours donné un résultat négatif; pas de paralysie, à peine un peu de rougeur. Peut-être y a-t-il une lésion; en tous cas, elle n'est pas appréciable à nos moyens d'investigation.

La guérison de ces voix eunuquoïdes est facile à obtenir chez les jeunes gens dont je parle. Il faut apprendre de suite au malade à donner, en voix de basse, l'e muet; puis, les autres voyelles; on combine ensuite les voyelles avec les consonnes; puis, on fait lire, en faisant toujours conserver à la voix le même ton. Après cinq minutes de cet exercice, la voix est posée; on le continue toute la journée, sous une *surveillance absolue*, et ainsi, en vingt-quatre heures, la guérison peut être obtenue.

Il est bien entendu que je ne parle ici que des voix eunuquoïdes, sans altérations génitales.

M. Mounier. Je citerai un cas tout-à-fait analogue à ceux dont vient de nous parler M. Garel, dans lequel j'ai pu obtenir la guérison en deux jours, par un procédé analogue. Dans ces cas de voix eunuquoïdes, l'examen laryngien m'a montré que les cordes étaient tremblottantes en voix aiguë, et fermes, tendues, en voix de basse.

M. Martin. J'ai obtenu, comme M. Garel, des guérisons ; mais, elles ne duraient pas. Il est vrai que je fais allusion à des adultes.

M. Moure. J'ai de même observé plusieurs cas de guérisons rapides.

M. Joal. J'ai vu plusieurs cas de voix eunuquoïdes, chez des malades n'ayant pas une voix de basse. Au point de vue de la pathogénie de cette altération de la voix, mes observations me portent à croire que, dans certains cas, elle est sous l'influence de troubles nerveux.

M. Gellé. Je citerai, à l'appui de ce que vient de dire M. Joal, un fait observé dans une famille, où le père et le fils, l'un et l'autre d'ailleurs atteints de tics, eurent à la même époque, en même temps, les mêmes troubles vocaux.

M. Castex. J'ai observé 3 cas de voix eunuquoïdes, ne rentrant pas tout à fait dans les cas signalés. C'était chez des malades atteints de tuberculose au début; celle-ci s'améliorant, la voix eunuquoïde disparut. Je crois, en l'espèce, que l'on peut expliquer ces altérations de la voix, par une contracture réflexe des muscles vocaux, la bacillose nous ayant appris à connaître ces contractions secondaires, comme celle de la coxalgie, par exemple.

M. Garel. J'ai vu aussi de ces cas; mais, ce sont des voix de fausset, ce ne sont pas des voix eunuquoïdes; le timbre n'est pas le même. La voix eunuquoïde est une dysphonie spéciale.

M. Martin. Je crois que ces altérations de la voix chez les tuberculeux sont dues à une sorte de réflexe inconscient destiné à soulager l'acte de la phonation.

Traitement du vertige labyrinthique.

M. Gellé, rapporteur.

Le rôle des affections otiques, dans la pathogénie du vertige, est aujourd'hui bien mis en relief; mais, le vertige liée aux affections du système nerveux se confond facilement avec celui dû aux maladies du labyrinthe.

Anatomiquement, l'origine labyrinthique des troubles des mouvements et de la station s'explique par les rapports intimes des nerfs vestibulaires et ampullaires avec le cervelet et ses pédoncules; expérimentalement, elle est démontrée par les faits si précis trouvés par Flourens, et confirmés par une foule d'opérateurs.

Depuis Ménière, elle est prouvée par les nécropsies montrant l'hémorrhagie, la suppuration des canaux semi-circulaires et du vestibule chez des malades atteints de vertige; enfin, elle l'est cliniquement par l'étude des observations qui démontrent les rapports intimes des lésions otiques et de leur évolution, d'une part, avec celle du vertige d'autre part.

Le vertige est beaucoup moins souvent spontané qu'on ne le croit; car on le voit amené par l'acte d'avaler, de se moucher, de mastiquer, de faire effort, par les mouvements de la tête, par les bruits, par le spasme du tenseur, etc.; causes actives incessantes, banales, d'une foule d'accès vertigineux dans les cas d'otite ou de lésions otiques, pour ne parler que des actions mécaniques.

Le vertige labyrinthique offre un double caractère : il est constitué par des perturbations motrices analogues à celles que l'expérimentation fait naître sur les animaux du laboratoire, et, de plus, il est composé de troubles, les uns sensitifs, les autres sensoriels, d'autres circulatoires ou vaso-moteurs des plus accusés; ainsi, il est fait d'hallucinations sensorielles, ou sensitives et motrices, et d'impulsions avec inhibition motrice-terminale telles, qu'il y a menace de chute. En réalité, le cerveau y manifeste son excitation tout autant que la moelle allongée et le cervelet, chez l'homme.

Dans son rapport qui fera l'objet d'un article d'ensemble, M. Gellé passe ensuite successivement en revue les soins à donner pendant l'accès de vertige labyrinthique; puis, il reprend le traitement de chaque modalité du vertige envisagé au point de vue pathogénique.

D'abord, le vertige par commotion, par compression, dans les affections de l'oreille moyenne; puis, le vertige lié à l'hémorrhagie labyrinthique; le vertige dépendant d'une congestion ou d'une anémie du labyrinthe ; celui qui est lié à une labyrinthite, à une simple hyperesthésie labyrinthique, à des toxémies; enfin, le vertige labyrinthique réflexe.

M. Gellé s'est attaché à montrer qu'il ne fallait pas seulement s'adresser à un traitement local, mais aussi à un traitement général approprié à chaque cas particulier.

Il a, tout spécialement, montré la grande importance

a médication quinique, laquelle s'adresse surtout au ptôme; puis, il a exposé les bases du traitement iogénique, qui exige du médecin une éducation spé- e et complète, une aptitude analytique aiguisée par ratique et soutenue par l'envie d'être utile contre c des affections les plus cruelles de la pathologie hu- ne.

M. Moure. J'ai employé le sulfate de quinine, d'après éthode de Charcot; je n'en ai jamais obtenu de résul- ; au contraire, je l'ai vu augmenter les bourdonne- nts et la surdité. Je connais des malades considérés me guéris par Charcot, et qui longtemps après ient encore des vertiges; aussi, je ne saurais trop lever contre le traitement par la quinine; je préfère beaucoup la pilocarpine.

M. Lermoyez. Je pourrais citer un cas très intéres- t qui montre bien l'action de la pilocarpine; c'est ui d'un malade qui, par deux fois, a été guéri par te médication.

près qu'on la cessait, les vertiges revenaient. Contre bourdonnements, le sulfate de quinine peut parfois ir.

M. Suarez. J'ai employé souvent la pilocarpine et avec ccès. J'ai suivi un malade dont la guérison se main- nt depuis cinq ans.

l'attire l'attention sur les vertiges liés au brightisme.

M. Poyet. Y a-t-il une différence d'action entre la locarpine administrée en injections sous-cutanés ou r la voie stomacale.

M. Suarez. L'action n'est pas la même.

M. Wagnier. Au congrès de Bruxelles où l'on s'est cupé de la question de la pilocarpine, on n'a pas isisté sur ces différences.

M. Raugé. Je considère la pilocarpine, comme efficace ns les vertiges récents mais comme étant sans effets ntre les vertiges anciens, datant de deux et trois ans.

M. Weismann. La pilocarpine est le médicament de oix. Il faut l'employer à doses progressives.

M. Lermoyez. Je suis absolument de l'avis de M. Weis- nann. J'ajouterai que, bien employée, la pilocarpine est ns danger, comme en témoignent les résultats obtenus ar M. Roger, à l'hôpital d'Aubervillier, dans le traite- ent de la diphthérie, maladie dont le retentissement sur fibre cardiaque est si commun.

Otite moyenne catarrhale aiguë et microbes. — **M. Lannois** (de Lyon). 1° Il résulte de mes recherches ur les animaux, que l'oreille moyenne normale se com- orte comme une cavité aseptique et ne contient pas micro-organismes.

2° Le liquide de l'otite moyenne catarrhale contient, u ne contient pas, de microbes suivant qu'on l'examine une période plus ou moins éloignée du début.

3° La disparition des microbes, lorsque l'épanchement late d'un certain temps, est vraisemblablent due au pouvoir bactéricide de la muqueuse et du liquide sécrété par elle.

4° Cette action bactéricide explique, entre autres choses, pourquoi l'épanchement passe si rarement à la purulence, même après des paracentèses et des cathétérismes répétés.

De la laryngoscopie directe. — **M. Wagnier** (de Lille). J'ai essayé un assez grand nombre de fois la méthode et l'outillage inventés par Kirstein. Cette méthode consiste dans l'emploi d'une spatule creusée en gouttière et échancrée à son extrémité, et avec laquelle on repousse la base de la langue en avant, de façon à rendre rectiligne et accessible à la vue le conduit bucco-trachéal.

M. Wagnier dit qu'il est très facile, dans certains cas, de faire ainsi un examen laryngoscopique complet. L'usage qu'il a fait de la méthode l'a rendu favorable à ce procédé qui, s'il ne doit pas détrôner le miroir laryngien ordinaire, rendra quelques services chez l'adulte, surtout pour la constatation de l'état de la région postérieure du larynx, dont l'importance diagnostique est si grande. Mais, c'est chez les enfants qu'il croit la méthode appelée à un réel succès pour le diagnostic et le traitement des affections laryngiennes. Il reproche surtout à la méthode de n'être applicable qu'à un certain nombre de sujets, mais il la considère comme constituant un réel progrès.

Contribution à l'étude de l'œdème aigu du larynx. — **M. Egger.** Observation montrant une femme qui, jouissant d'un état de santé relativement bon, quoiqu'ayant des signes d'induration pulmonaire, est prise subitement, à la suite de l'émotion produite par la mort de sa mère, de tout le cortège des phénomènes de l'œdème laryngé aigu.

Pour expliquer l'influence de l'émotion sur la production de l'œdème, trois hypothèses sont en présence:

1° Trouble vaso-moteur agissant sur un larynx tuberculeux; étant donné le bon état actuel de l'organe cette explication semble devoir être écartée. 2° Œdème infectieux, peut-être grippal. 3° Trouble vaso-moteur ayant déterminé un œdème angio-neurotique aigu simple chez une tuberculeuse, hypothèse la plus vraisemblable.

L'eau oxygénée en oto-rhinologie, son action hémostatique. — **M. Georges Gellé.** Dans ce travail, fait à la clinique de MM. Lermoyez et Helme, l'auteur, après un court historique, rappelle l'action antiseptique de l'eau oxygénée, si puissante que Miquel place cet agent, parmi les antiseptiques, avant le sublimé lui-même. Il montre, en s'appuyant sur les expériences de Paul Bert et de Laborde, que l'eau oxygénée n'est pas toxique, qu'elle peut impunément être employée, même chez l'enfant; ce dernier peut en avaler sans aucun danger; on n'a même rien à craindre s'il en pénètre dans la circulation.

L'auteur aborde ensuite la partie vraiment personnelle de son travail, où, dans des expériences faites au laboratoire du Dr Laborde, à la Faculté, il établit expérimentalement le rôle hémostatique de l'eau oxygénée. De ses expériences, il conclut que l'eau oxygénée, à 12 volumes, produit, par sa seule action, l'hémostase rapide et définitive d'une hémorrhagie capillaire. Pour une artériole de moyen volume (artère centrale du pavillon de l'oreille du lapin), l'hémostase n'est que temporaire (une minute à peine). Le mécanisme de l'hémostose paraît être une vaso-constriction énergique, s'étendant rapidement à tous les vaisseaux de la région et permettant l'obturation temporaire de l'artériole centrale du pavillon.

On peut sans danger introduire dans l'oreille moyenne, à travers une ponction tympanique, une quantité notable d'eau oxygénée à 12 volumes, sans produire aucun trouble moteur.

M. Gellé étudie ensuite l'eau oxygénée, au point de vue du titre et de la conservation des solutions; il montre que l'on doit fixer son choix sur une eau oxygénée, très légèrement acide et renfermant de 10 à 12 volumes d'oxygène. Pour garder cette solution, on devra la mettre dans des flacons de 120 grammes, 250 grammes, au plus; une fois le flacon entamé, il sera bon de recouvrir ce bouchon et le goulot d'un capuchon de ouate, car ce sont surtout les matières organiques contenues dans l'air qui accélèrent la décomposition du produit.

Il termine par une partie clinique où il montre tout le parti que l'on peut tirer de cet agent, en oto-rhinologie, tant au point de vue antiseptique qu'au point de vue hémostatique. Depuis plus d'un an, on l'emploie à la clinique presque journellement. Il insiste sur le manuel opératoire. Dans les épistaxis traumatiques, chirurgicales, diathésiques ou idiopathiques, on introduira dans la narine un tampon de ouate hydrophile, largement imbibé d'eau oxygénée, on le poussera, sans trop le presser et en faisant plutôt porter en arrière la tête du patient. Pour l'introduction, on se servira d'une pince de Lubet, qui permet d'introduire un long tampon sans l'essorer par trop. Aussitôt, il se produit une vive effervescence, et la narine se couronne d'un champignon d'écume rosée; on essuie, et bientôt l'écoulement, d'abord décoloré, s'arrête. Il suffit le plus souvent de l'introduction de deux ou trois tampons pour arrêter l'hémorrhagie. S'il y avait lieu de pratiquer le tamponnement, on pourrait le faire en imbibant les tampons d'eau oxygénée, et même en injectant dans la narine quelques centimètres cubes, une fois le tampon postérieur fixé. On aurait ainsi un tamponnement idéal, hémostatique et antiseptique.

L'eau oxygénée permet de terminer, en une seule séance, des interventions qui en demandent en général plusieurs, le champ opératoire étant de suite masqué par un flot de sang. Une fois l'hémorrhagie arrêtée, on essuie légèrement et l'on continue; on peut ainsi faire trois ou quatre reprises. Le plus souvent, les malades ne ressentent rien; parfois il y a des accès d'éternument et du larmoiement; la douleur est nulle le plus souvent, passagère toujours. On peut appliquer cette méthode aux tumeurs adénoïdes et aux amygdalotomies.

Dans l'oreille, l'eau oxygénée est un merveilleux agent qui a réussi souvent à nettoyer, presque extemporanément, un conduit tapissé de pus concret; l'effervescence produite fait un véritable brassage et nettoie aisément. Jamais il n'y a eu d'accident, même après pénétration dans la caisse; on peut, sans inconvénient, faire tiédir la solution dans une coupelle en porcelaine. Au cours des interventions de chirurgie auriculaire, après une paracentèse, l'eau oxygénée a permis de rendre rapidement exsangue le champ opératoire.

C'est donc un agent précieux, et l'auteur conseille avec raison à tous les médecins de posséder, parmi leurs médicaments d'urgence, un flacon d'eau oxygénée, qui peut leur permettre, en se conformant à la technique ci-dessus, d'arrêter une hémorrhagie nasale ayant résisté aux procédés classiques.

Sur une forme de surdité d'origine génitale. — **M. P. Bonnier.** J'ai observé trois fois une surdité d'une forme telle que je ne l'ai jamais rencontrée ailleurs, et je l'ai trouvée identique dans les trois cas, bien qu'associée à des troubles génitaux de nature différente. La surdité que l'on constate chez certains individus d'habitudes onaniques ou chez certains dégénérés, s'accompagne d'une obnubilation généralisée d'ordinaire à la presque totalité des opérations sensorielles, et d'une dépression intellectuelle involontaire profonde. Deux de mes sujets n'étaient pas onaniques, et le troisième qui l'était, avait gardé l'humeur et l'intelligence absolument normales.

J'ai été consulté, il y a deux ans, au sujet d'un jeune garçon de treize ans, que ses parents affirmaient atteint depuis plusieurs années d'une surdité intermittente pour laquelle ils lui avaient fait suivre différents traitements. Cet enfant, complètement sourd en apparence, tout d'abord, l'était de moins en moins, quand on pouvait éveiller son attentivité auditive en la sollicitant indirectement et en la maintenant sans la laisser s'éteindre. Peu à peu, on l'animait à percevoir les moindres sons, et je pus constater alors qu'à l'intégrité organique de l'appareil auriculaire répondait une intégrité fonctionnelle parfaite, satisfaisant pleinement à toutes les épreuves cliniques.

Cette surdité n'avait aucun des caractères des surdités de cause organique, et l'on pouvait éliminer toute lésion périphérique. Elle consistait en une véritable *absence auditive*, mais en une absence *graduelle* qui n'avait aucunement le caractère de totalité de certaines absences symptomatiques. D'ailleurs, une recherche minutieuse ne me montra aucun signe qui pût faire soupçonner ni l'hystérie, ni l'épilepsie, et je fus naturellement amené à interroger les parents au point de vue de l'onanisme. Ils étaient parfaitement sûrs de leur enfant, mais j'appris incidemment qu'il avait une ectopie testiculaire inguinale gauche.

Ce fait me frappa, sans rien m'apprendre néanmoins; et je n'eusse cherché la moindre corrélation étiologique entre les deux affections, si, dans la même semaine, je n'avais retrouvé une surdité de tous points identique chez une jeune fille de vingt-deux ans, également soignée depuis plusieurs années pour les mêmes symptômes. Ici, non plus, pas la moindre tare, ni le moindre signe de névrose. J'interrogeai à part sa tante, qui l'accompagnait, et la scandalisai fort par l'objet de ma curiosité. A la consultation suivante, je vis venir le père et la mère de la malade, que la nature de ma recherche avait décidés à ne me rien cacher, et qui m'avouèrent qu'ils avaient depuis longtemps l'idée que cette étrange surdité était causée par une effrénée masturbation à laquelle leur fille se livrait depuis des années, et qu'ils avaient cachée aux médecins, ceux-ci n'y ayant point pensé. Chose remarquable, cette jeune fille, très intelligente, d'humeur gaie et de caractère ouvert, ne présentait aucun des signes habituels aux onaniques, sauf un grand affaiblissement de la mémoire et cette surdité faite d'une inattention auditive profonde, mais variable.

Enfin, l'an dernier, j'eus à soigner un garçonnet de neuf ans, pour une surdité identique en sa forme, mais de moindre profondeur. Là non plus, je ne trouvai le moindre trouble organique ou fonctionnel périphérique, ni la moindre tare névrosique. Cet enfant était débile, peu développé et de souche tuberculeuse. Avant que j'eusse interrogé la mère sur le sujet qui me préoccupait, elle me pria d'examiner son fils, sur qui je constatai la monorchidie.

Avec une intégrité organique et fonctionnelle absolue de l'appareil auditif périphérique, ces malades présentaient donc des absences auditives de degrés variables, pouvant aller presque jusqu'à la surdité totale. La surdité était bilatérale, et les variations de l'audition étaient parallèles des deux côtés. C'est donc l'attention qui souffrait, mais l'attention auditive seule. Dans les autres appareils, sauf la mémoire, aucun trouble. L'audition se faisait normalement, mais inconsciemment. Elle restait en quelque sorte comme un cliché photographique non révélé, mais dont l'impression était néanmoins faite. Et c'est grâce à l'intégrité fonctionnelle de l'appareil périphérique, qu'il m'était possible de forcer l'attention des malades, en quelque sorte, d'une façon réflexe.

Sans doute, dans le cas d'onanisme, il pouvait y avoir épuisement nerveux, mais pourquoi si strictement localisé? Dans les deux autres cas, il ne s'agit pas non plus d'arrêt de développement fonctionnel, puisque l'attention fixée, l'audition était parfaite. Il y a certainement, dans ces trois cas, plus que des coïncidences.

Effets de l'ablation des ovaires sur la voix. — **M. Castex.** De mes recherches sur cette question, voici très sommairement les particularités que j'ai pu noter:

1° Femme de trente ans, mezzo-soprano. Elle dut subir, il y a sept ans, la castration double pour des fibrômes internes. Depuis, ses règles n'ont plus paru. Quand elle reprit ses exercices de chant, après l'opération, elle remarqua que sa voix avait gagné quatre notes dans le grave, sans en avoir perdu dans l'aigu. Sa voix était plus mâle, sans être devenue celle d'un contralto. Son professeur, un des plus distingués du Conservatoire de Paris, déclarait la voix excellente.

J'examinai ses fosses nasales et son pharynx qui me parurent normaux. Le larynx avait ses cordes un peu ternes et grises, leur bord interne moins aigu, et un peu plus émoussé qu'à l'état normal, altérations sans grande signification, en somme.

La voix n'a fait que gagner en force et en étendue au fur et à mesure que s'éloignait la date de la castration. Après l'opération, la voix s'étendait du fa^2 au la^4; elle va maintenant du $ré^2$ à l'ut^5.

2° Femme de vingt-six ans. Vient me consulter parce qu'elle s'inquiète d'avoir la voix parlée rauque. Lui faisant lire un court alinéa, successivement sur le grave, le médium et l'aigu, je constate que la raucité est beaucoup plus marquée sur son registre aigu. Rien, dans l'état des organes vocaux, ne pouvait m'expliquer cette altération vocale. J'obtins alors le renseignement que, trois ans avant, elle avait subi l'oophorectomie double. C'est depuis lors, disait-elle, que sa parole avait contracté cette raucité, et qu'elle avait totalement perdu une petite voix chantée qu'elle utilisait quelque peu auparavant.

Je conseillai les électrisations laryngées; mais je ne puis indiquer un résultat, la malade n'ayant pas continué le traitement.

3° Femme de trente-cinq ans, qui a dû subir successivement la laparotomie et l'hystérectomie vaginale secondaire. La voix, qui était très belle comme étendue et

comme timbre, n'a rien perdu de ses qualités. Elle paraît même plus facile à l'opéra, sans doute à cause de la disparition des troubles nerveux qui la tourmentaient avant.

4° Femme de vingt-trois ans. Ablation de la matrice et de ses annexes, pour un fibrome volumineux. La voix (soprano très élevé), n'a fait que gagner, depuis, en étendue et force, sans qu'aucun changement fâcheux se soit montré. Il s'agit d'une artiste, chargée d'un service vocal assez fatigant.

5° Jeune femme de vingt-deux ans. A subi, en Janvier 1892, la double extraction pour salpingites. Depuis, dit-elle, sa voix de soprano est compromise; elle se voile presque immédiatement quand elle fonctionne. Mais je ferai remarquer que cette jeune femme présentait aux sommets les signes d'une tuberculose au premier degré, elle a craché du sang. En outre, elle a eu la syphilis en 1887. Son larynx est amaigri, il y a un peu d'infiltration interaryténoïdienne. Cette observation est celle d'une malade que je pus examiner à l'hôpital de la Charité, de médiocre intelligence. Je pense qu'on doit être très réservé, en raison de son dossier pathologique très chargé, pour éliminer avec elle son opération.

6° Artiste dramatique, trente cinq ans, a été opérée le 25 juillet 1893, pour des kystes proligères papillaires. Les deux ovaires ont été enlevés et les règles n'ont plus reparu. L'opération pas plus que la maladie, n'a modifié sa voix, qui reste « aussi claire et aussi nette » dit-elle.

Depuis un an, cependant, il lui devient difficile de dire plus d'une douzaine de vers de tragédie sans ressentir une fatigue dans le thorax qui l'empêche d'emmagasiner tout l'air nécessaire aux effets de force. Il faut dire, que depuis la même époque, elle est gl cosurique (à 21 grammes par jour). Elle n'a pas engraissé depuis l'opération et la cicatrice abdominale est solide.

En somme, de l'examen attentif de ces faits, il me paraît ressortir que l'ablation des ovaires n'a généralement pas d'influence directe fâcheuse sur la voix des femmes.

Une seule fois, dans mes six observations, l'action paraît bien avoir été nocive, mais c'est de toutes mes malades, celle que j'ai pu le moins étudier. La voix qu'elle avait perdue semblait avoir été toujours bien précaire.

L'opération peut nuire cependant à la voix par les quelques troubles qu'elle entraîne parfois (congestions diverses, dyspepsies, hypocondrie, etc.). L'inconvénient serait plus grand, si l'éventration se produisait par la cicatrice abdominale.

Ces quelques inconvénients sont quantité négligeable, en regard des heureux effets de l'intervention chirurgicale, lorsqu'elle est formellement indiquée. Dut la voix se *masculiniser* un peu (ce qui d'ailleurs n'est pas la règle), puisque les belles voix retrouvent après l'opération, leur étendue, leur intensité et leur souplesse, il serait inconsidéré de dissuader l'ablation des ovaires par sollicitude pour la voix. Cette conclusion personnelle concorde avec ce que j'ai pu entendre dire sur la voix de quelques opérées, quand il ne m'a pas été donné de pratiquer moi-même un examen de leur larynx.

Résultats de l'examen histologique de 64 végétations adénoïdes. — M. Brindel (de Bordeaux). Sur 64 cas de végétations adénoïdes prises au hasard de la clinique (service du Dr C. J. Moure), l'auteur a noté 60 fois l'âge des malades et, sur ce nombre, il a compté 8 personnes de vingt à quarante-cinq ans, ce qui vient à l'appui de l'opinion de ceux qui soutiennent que ce genre d'affections est *assez fréquent chez l'adulte.*

25 fois seulement l'épithélium avait conservé sa forme normale; 25 fois il était normal dans les cryptes et aplati à la périphérie; 14 fois enfin, l'aplatissement et la transformation dermo-papillaire s'étaient constitués dans le fond des cryptes comme à la périphérie. Les modifications de l'épithélium sont indépendantes de l'âge des malades, et, par conséquent, du temps pendant lequel cet épithélium a été soumis à une pression contre les parois du naso-pharynx. La disparition des cils vibratiles enlevant à la végétation un de ses moyens de défense, l'auteur en conclut qu'une végétation volumineuse, ou moyenne chez un enfant, a plus de chances de s'infecter qu'une petite végétation ou qu'une végétation moyenne chez un adulte.

De la position des glandes mucipares (voisinage du pédicule) et des follicules clos, l'auteur conclut que la végétation fait tout entière saillie sous l'épithélium de la muqueuse, et c'est ce qui explique pourquoi on peut racler la végétation, dénuder une grande partie du naso-pharynx sans, pour cela, amener de l'atrésie cicatricielle de cette cavité. Il en serait autrement si la muqueuse tout entière était détruite, comme cela arrive dans les ulcérations tertiaires, par exemple.

Il résulte de l'examen histologique pratiqué sur ces 64 végétations, que la dureté de celles-ci, directement proportionnelle à la quantité de tissu fibreux qu'elles renferment, n'est pas sous la dépendance de l'âge des malades. En conséquence, il existe des végétations d'adulte qui n'ont aucune tendance à la sclérose et, par conséquent, à la disparition.

Des coupes pratiquées sur une végétation qui avait donné lieu à une hémorrhagie au cinquième jour, chez un enfant de dix-huit mois, ont permis de reconnaître que la paroi des vaisseaux était très épaisse et qu'il existait de l'endartérite : c'est, du reste, le seul cas d'endartérite rencontré par l'auteur sur les végétations examinées.

Une végétation qui avait subi 30 attouchements à la résorcine, à 50 pour 100, a également été coupée. Son épithélium était normal, et elle ne renfermait pas trace de tissu fibreux! Ceci, joint à la conservation de son volume primitif, prouve l'inefficacité de ce traitement.

M. Brindel décrit ensuite, sous le nom d'*adénoïdite lacunaire latente enkystée*, une affection caractérisée par une rétention de débris épidermiques et microbiens et de mucus dans une crypte fermée à la surface. Il montre l'analogie qu'elle présente avec l'amygdalite lacunaire simulant un abcès enkysté, et donne la description du contenant et du contenu; il a rencontré 7 fois cette affection.

Enfin, il passe à l'étude des végétations adénoïdes tuberculeuses; après un historique de la question, il donne le résultat de ses recherches : *8 fois sur 64, il a rencontré cette altération.* Il reste persuadé qu'il est encore au-dessous de la vérité. Dans ces 8 cas, il a trouvé des follicules caséeux avec cellules géantes. Il a recherché une fois et rencontré le bacille de Koch. Les nodules tuberculeux n'occupaient souvent qu'un petit lobe ou un point très minime de la préparation. Aussi, est-il nécessaire de couper la végétation tout entière (grands et petits lobes) avant d'affirmer qu'elle est normale. A la description de l'examen histologique, M. Brindel joint l observation de 4 malades qu'il a pu retrouver, et qui ont bénéficié largement de l'intervention qu'ils ont subie.

M. Lermoyez. La communication de M. Moure vient confirmer pleinement ma manière de voir.

Peu après avoir reconnu, pour la première fois, la dégénérescence tuberculeuse des végétations adénoïdes, me trouvant en Allemagne, je communiquai à des spécialistes de ce pays, ma manière de voir; celle-ci fut accueillie avec un certain scepticisme : s'il y avait réellement des végétations adénoïdes tuberculeuses, le fait ne nous aurait pas échappé, à nous Allemands, or, aucun d'entre nous ne les a constatées, donc, elles n'existent pas; voilà la réponse qui me fut faite. En France, elles furent niées par MM. Broca et Pillet. Lorsque M. Dieulafoy fit sa communication à l'Académie de médecine, M. Cornil s'éleva contre la tuberculose des végétations adénoïdes; il fallut, pour le convaincre, l'examen de coupes histologiques d'un de mes cas, pratiquées par M. Letulle, cas que j'ai publiés dans la *Presse médicale.* Aujourd'hui, j'estime que le fait n'est plus mis en doute, de l'existence des végétations adénoïdes tuberculeuses, qu'il ne faut pas confondre, comme l'a fait M. Broca dans un mémoire très intéressant, d'ailleurs, avec la tuberculose végétante du pharynx.

Quant au désaccord qui semble exister entre les observateurs au sujet de la fréquence de ces végétations (1/5 Dieulafoy, 1/8 Moure, 1/75 Lermoyez), il ne prouve pas grand'chose, car les statistiques portent, jusqu'à présent, sur un trop petit nombre de cas.

Cette question est, du reste, loin d'être résolue; elle comporte bien des points à éclaircir.

Le diagnostic est des plus obscurs. Le pronostic doit être étudié de très près. J'ai signalé, dans les cas que j'ai publ és, les rapports avec la méningite tuberculeuse, chez des frères et sœurs. Ces rapports sont confirmés dans une observation qui vient de m'être communiquée par un médecin d'enfants. Elle est relative à un sujet que l'on opère de végétations adénoïdes; quinze jours après l'opération qui avait, d'ailleurs, été incomplète, il meurt de méningite tuberculeuse; or, trois frères et une sœur étaient morts de la même affection.

Il y a donc lieu de se demander si, dans certains cas de méningite tuberculeuse, la première étape n'est pas dans une végétation adénoïde qui devient tuberculeuse; et le fait n'aurait rien d'étonnant, si l'on songe aux connexions vasculaires et lymphatiques qui existent entre les méninges et la cavité naso-pharyngienne. Capdenat, dans sa thèse, a cité un cas de méningite tuberculeuse consécutif à une tuberculose nasale.

Au point de vue des indications opératoires, il serait très intéressant de s'assurer si les enfants qui meurent de méningite tuberculeuse, ont ou n'ont pas de végétations adénoïdes, et, s'ils en ont, dans quelles proportions. D'après les résultats obtenus, il y aurait, peut-être, l'indication d'opérer préventivement, au galvano cautère, bien entendu, pour éviter tout risque d'infection.

Dr De Lavarenne.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Congrès de Mai 1896

De l'extraction du cristallin transparent comme moyen prophylactique de la myopie forte progressive et du décollement de la rétine. — **M. Vacher.** L'extraction du cristallin transparent, depuis la première communication que j'ai faite, a donné lieu à beaucoup de travaux remarquables et est entrée dans la pratique ophtalmologique. Mais, on ignore généralement, qu'au lieu d'être de date récente, c'est l'œuvre d'un oculiste français, l'abbé Desmoneaux qui le pratiquait souvent, dès l'année 1776, comme on peut le voir en parcourant son traité des maladies des yeux. Ce n'est donc ni à Weber, ni à Fukala qu'en revient l'honneur, mais à Desmonceaux qui, le premier, le proposa, l'exécuta souvent et en montra tous les avantages pour les myopes extrêmes. On m'a objecté ici même, en 189 le fait suivant : dans les cas de myopie dépassant ving cinq ou trente dioptries, le bénéfice de cette opératio cesse, puisque le malade reste myope encore de huit douze dioptries; c'est une erreur. Dans un remarquabl article de M. Éperon, de Lausanne, justice est faite d cette objection, et il est prouvé qu'une myopie de 20 devient emmétropique, et qu'une myopie de 30 D n laisse ensuite que trois dioptries de myopie. Mes obser vations confirment absolument ce qu'avance M. Éperon Il avait indiqué, dans une première note, le raccourci sement de l'axe oculaire du côté de l'œil opéré, et l progression de la myopie de l'autre œil. Ces faits on été confirmés par différents auteurs, entre autres pa M. Pflueger, de Berne. J'ai affirmé aussi que l'extrac tion du cristallin avait une action prophylactique d décollement de la rétine; en voici une preuve : au moi de Septembre dernier, j'ai reçu l'opéré qui fait l'obje de la dixième observation. Cet homme, atteint de M = — 18 D, opéré en Janvier de son œil gauche, le trouve en Septembre 1895, un large décollement à droite, alor que l'œil gauche voit de mieux en mieux. Ce cas n'es pas le seul. Aussi, je me félicite d'avoir réhabilité m opération d'origine française, qui doit désormais s'ap peler l'opération Desmonceaux.

Conclusions :

I. L'opération de Desmonceaux est une opération grav qu'on ne doit pratiquer qu'avec la plus grande pru dence.

II. La myopie progressant rapidement entre douze e seize ans, on peut opérer dès l'âge de douze ans, s'i existe un staphylome, si le nombre de dioptries d myopie dépasse le nombre d'années du sujet.

III. Il ne faut opérer qu'un œil et le plus atteint; l seconde extraction aura lieu plus tard, si la myopie con tinue à progresser.

IV. Passé trente ans, les myopes de plus de 15 D étan particulièrement exposés au décollement, il ne faut pa hésiter.

V. L'extraction du cristallin, pour guérir la myopie forte, doit s'appeler l'opération de Desmonceaux.

De la correction opératoire de la myopie forte. — **M. Pflueger** (Berne). Après une série de près de quatre-vingts opérations de myopie forte, Pflueger présente, sous forme de tableaux, des cas dans lesquels la courbure de la cornée avait été mesurée avant l'opération et après celle-ci, à différentes périodes assez éloignées de l'intervention. Ces cas sont au nombre de 46. Les mensurations de la cornée permettent de calculer d'avance l'effet optique que donne l'aphakie dans la myopie forte, beaucoup plus exactement qu'avec les formules applicables à l'œil normal.

Les observations cliniques démontrent une coïncidence assez satisfaisante des résultats de la clinique avec ceux de la théorie, qu'ils soient calculés à l'aide de la formule d'Éperon, de celle de Freheruingou de celle de Stadtfeld. Il y aura toujours des difficultés invincibles dans certains cas; elles sont liées d'abord, à l'impossibilité de déterminer d'une manière rigoureuse le degré de la myopie forte, et en second lieu, surtout à l'astigmie opératoire.

M. Abadie. Je crois qu'il faut réserver l'opération au cas où il y a une désorganisation du fond de l'œil, de la choroïdite maculaire. Je me garderai bien de l'appliquer aux cas de myopie forte avec bonne acuité visuelle.

M. Chibret. Chaque année, le nombre des partisans de l'opération de la myopie forte augmente.

Mon manuel opératoire est un peu différent de celui de Vacher. Je fais une large division avec le kystitome, puis après quatre ou cinq jours, lorsque les masses cristalliniennes sont opacifiées, je refais une incision cornéenne et j'évacue les masses avec la seringue aspirante et refoulante que je vous ai présentée.

Dans 2 cas sur 3 je n'ai pas eu à faire d'opérations secondaires.

M. Parinaud. Je crois qu'il faut faire quelques réserves au sujet du rôle favorable qu'exercerait l'extraction du cristallin, sur les lésions du fond de l'œil.

J'ai observé, depuis longtemps, un malade qui avait été opéré, dans sa jeunesse, d'une cataracte congénitale par de Wecker. Son aphakie fut corrigée tout d'abord par des verres convexes; puis, une myopie se développa. Il porta des verres de moins en moins forts et même des verres concaves, pour la vision à distance. Actuellement, il s'est produit un décollement dans un œil. Ainsi donc, malgré l'extraction précoce du cristallin, la myopie se développe et se complique de lésions des membranes profondes.

M. Galezowski. L'extraction du cristallin doit être faite dans les cas de myopie dépassant 15 D, lorsqu'il existe des opacités du cristallin ou lorsque les altérations choroïdiennes se manifestent.

M. Masselon. Je me suis attaché à suivre les myopes qui ont subi l'extraction du cristallin, et j'ai vu les lésions choroïdiennes évoluer comme dans les cas non opérés.

M. Kœnig. Quand j'ai eu l'idée de cette opération, en 1888, j'ignorais qu'elle eût une origine française aussi ancienne. Ce détail historique garde tout son intérêt, puisqu'un siècle s'est écoulé jusqu'à mon mémoire. Mais, aujourd'hui, cette opération entre de plus en plus dans la pratique courante, à cause de ses résultats, dont les principaux sont : l'amélioration de l'acuité, la sup-

ression des efforts d'accommodation. Si l'on accepte la théorie que j'ai exposée de l'accommodation chez le myope, il est naturel de lui attribuer tous les accidents. On ne saurait donc faire balance entre les dangers d'une extraction et les avantages qu'on en retire. Il s'agit seulement de bien choisir les cas de myopie justiciables de l'extraction, et d'adopter un bon procédé opératoire. Celles ont été les conclusions de ce travail, où je faisais un pressant appel en faveur de cette opération.

Prophylaxie du prolapsus iridien dans l'extraction simple de la cataracte. — **M. P. Nuel.** Le plus souvent, l'iris pénètre entre les lèvres de la plaie cornéenne, parce qu'il a été poussé hors de l'œil une première fois, lors de l'évacuation de la cataracte. Par la manière traditionnelle d'évacuer la lentille, on déplace celle-ci, suivant un plan équatorial, vers la plaie cornéenne. De cette manière, le cristallin pousse l'iris devant lui, et sort de l'œil, coiffé de la membrane. La moindre impulsion favorisera sa sortie ultérieure.

M. Nuel évite de pousser l'iris hors de l'œil; il procède de la manière suivante : lors de l'évacuation du cristallin, il en déprime fortement le bord inférieur à l'aide d'une curette appliquée sur l'œil. La cataracte bascule sur place et passe de la pupille dans l'œil même. La pupille se dilate sur place, et la membrane reste dans sa position.

M. Nuel recommande aussi fortement l'établissement d'un lambeau conjonctival, dans l'extraction de la cataracte. Ce lambeau est un puissant moyen de coaptation des lèvres da la plaie.

On peut parfaitement ménager un lambeau conjonctival au sommet du lambeau cornéen, tout en plaçant la section cornéenne franchement dans cette membrane.

Un écueil de l'extraction sans iridectomie est l'accrochage de l'iris par le couteau dans la chambre antérieure. Cet accrochage n'est plus guère à craindre, lorsque le couteau a dépassé le champ pupillaire. Nuel recommande donc de commencer l'opération, avant que la cocaïne ait franchement dilaté la pupille. L'anesthésie est complète avant ce moment.

Nouveau procédé d'opération de la cataracte secondaire. — **M. Galezowski** propose une opération que l'on exécute avec deux aiguilles coupantes, dont l'une passe en arrière de l'iris et l'autre pénètre d'avant en arrière. Ce procédé supprime l'emploi de la pince-ciseaux de de Wecker.

Kystectomie et capsulectomie. — **A. Bourgeois** (de Reims). Le procédé de kystectomie proposé par l'auteur, il y a six ans, se rapporte à l'ablation d'un fragment de la cristalloïde antérieure (remplaçant la kystitomie) dans l'extraction simple de la cataracte. L'instrument employé est en forme de pince, construite de façon à passer au-dessus de l'iris, sans craindre de le toucher; ce n'est pas par arrachement que se produit l'ablation de la capsule, mais par pincement et par torsion.

Les cataractes secondaires, bien que rares lorsque la kystectomie a été pratiquée, se rencontrent encore, et l'on en voit souvent succéder aux cataractes traumatiques. Le meilleur procédé opératoire est l'extraction du débris capsulaire, ou capsulectomie.

Cette extraction n'est pas aisée lorsque l'iris est intact. Le procédé et l'instrument proposés par l'auteur ont pour but, sans toucher à l'iris, d'extraire la cataracte secondaire, par pincement et par torsion (et non par arrachement), après avoir fait à la cornée une section linéaire de 3 millimètres, au plus. L'opération est simple, rapide, sans ébranlement et sans perte aucune du corps vitré.

M. Robert. Je ne trouve pas les explications de Nuel très satisfaisantes. Je croirais plutôt que le prolapsus irien dépend de la forme de l'œil.

M. Kalt. Nous sommes tous d'accord sur ce fait, que le prolapsus irien est le point noir de l'extraction simple. Je crains, avec le procédé de Nuel, que les masses corticales ne sortent pas bien.

Dans les essais de suture de la cornée que j'ai faits, (j'en ai 250 cas environ), j'ai constaté que la moyenne des prolapsus n'était plus que de 2 pour 100.

M. Parinaud. Les facteurs de l'enclavement sont nombreux, mais ce qu'il y a de nouveau dans la communication de Nuel, c'est l'importance qu'il attache au fait que l'iris sort plus facilement, lorsqu'il est sorti avec le cristallin une première fois. Je comprends que l'on puisse faire basculer un cristallin dur, mais comment M. Nuel opère-t-il lorsqu'il s'agit d'une cataracte demi-molle ?

M. de Wecker. Dans l'opération de la cataracte secondaire, j'ai proposé l'emploi des ciseaux pour éviles tractions, et je ne vois pas bien la supériorité du procédé de Galezowsky, qui nous dit qu'il agit avec ses aiguilles comme avec des ciseaux.

M. Motais. Je crois que le procédé de Galezowsky est une complication, et que la pince-ciseaux de de Wecker est supérieure à l'emploi de ces deux instruments.

M. Chibret. Je ne comprends pas qu'on fasse systématiquement l'extraction simple. En faisant l'extraction avec iridectomie, dans les cas où l'iris est mou, où il se réduit difficilement après l'issue du cristallin, dans les cas, enfin, où l'évacuation des masses corticales n'est pas complète, on arrive à supprimer les accidents. J'ai insisté sur l'importance qu'il y a à tâter la consistance de l'iris et à ne faire l'iridectomie que lorsqu'elle est nécessaire.

M. Sulzer. Si la théorie de la contusion comme cause du prolapsus de l'iris est vraie, ce dernier doit dépendre, dans une large mesure, de la grandeur de l'incision cornéenne. Une incision suffisante doit s'approcher de la moitié de la circonférence cornéenne, et, toute incision, de dimension insuffisante, doit prédisposer au prolapsus de l'iris, soit primitif, soit secondaire. Mon expérience s'accorde avec cette considération théorique. Toutefois, il ne faut pas oublier que la contusion de l'iris, qui amoindrit la contractilité du sphincter iridien, n'est pas le seul facteur dans la production du prolapsus. L'évacuation des masses corticales sera d'autant plus facile et complète, que l'incision sera plus grande. Il faut revenir au grand lambeau de Daviel.

De la valeur comparative du traitement iodé dans les choroïdites. — **M. Vignes.** J'ai eu l'occasion, l'an dernier, de vous signaler les résultats satisfaisants que je retire de l'administration de l'iode en injections sous-cutanées dans les affections choroïdiennes. Depuis lors, j'ai soumis à ce traitement environ 200 malades; dans quelques cas, son action a été souveraine.

Un homme de trente ans, emmetrope, atteint de choroïdite disséminée rhumatismale, présente une acuité visuelle de 0,1. Il est encore en période éruptive; chaque jour il reçoit sous la peau un centigramme d'iode. Vers le huitième jour, son acuité visuelle est devenu 0,2; le quinzième, elle atteint 0,4. Le malade prend alors, durant un mois, 4 grammes d'iodure alcalin par jour. Au bout du mois, son acuité reste à 0,4; les injections sont reprises; treize jours après, l'acuité est remontée à gauche à 0,7; à droite à 0,8, et se maintient ainsi depuis un an. Il découle de mes recherches :

1° Que les injections sous-cutanées d'iode sont d'une plus grande efficacité que toute autre préparation dans les affections du tractus uvéal justiciables de la médication iodée. Chez certains sujets, où les iodures administrés par la voie stomacale avaient été impuissants, son action s'est montrée réellement curative.

2° Les affections du tractus uvéal, avec ou sans participation de la sclérotique, heureusement influencées par la médication iodée, sont les formes plastique et même fibreuses, c'est-à-dire la choroïdite disséminée, l'irido-choroïdite fibreuse, l'irido-scléro-choroïdite. Elle est suffisante à elle seule dans la choroïdite exsuvative disséminée; il est bon, dans les deux autres formes, d'adjoindre les moyens habituels et tout particulièrement la révulsion ignée.

3° Ce sont surtout contre les choroïdites rhumatismales que les injections iodées sont actives; elles influencent aussi favorablement celles bacillaires.

4° Dans les formes spécifiques, elles ne font pas mieux que les iodures et restent bien inférieures à l'hydrargyre. Elles ne sont également pas suivies d'amélioration visuelle dans le staphylome myopique.

5° L'amélioration s'annonce par la diminution, puis la disparition des flocons du vitré; enfin survient l'augmentation d'acuité visuelle.

6° C'est surtout pendant la période exsuvative que la médication est efficace; au début de la phase atrophique, le malade se trouve encore bien du traitement. Il excite la résorption des éléments embryonnaires qui infiltrent les tissus marginaux aux aires atrophiques.

7° Les doses journalières ont été de 0,01 à 0,04 centigrammes. Les phénomènes rationnels insignifiants : l'injection est suivie d'une cuisson pénible, mais supportable; pas d'abcès ni autre accident digne de fixer l'attention.

M. Chibret. De quel véhicule M. Vignes se sert-il pour l'injection de l'iode.

M. Vignes. Je me sers d'iode dissous dans une solution faible d'iodure de potassium.

Dr Morax.

Répertoire thérapeutique

Les eaux purgatives hongroises d'Unyadi; l'eau d'Apenta. — Le nom de *Hunyadi* est un nom générique, donné à tout un groupe de sources d'eaux minérales qui sont captées dans le bassin de Budapesth.

Ces eaux minérales, actuellement importées en France en quantités considérables, se caractérisent, dans leur ensemble, par leurs propriétés éminemment purgatives. Cependant, bien qu'émergeant dans la même région, bien que faisant toutes partie d'un même groupe similaire, ces sources se distinguent, les unes des autres, par des propriétés spéciales qu'il n'est pas sans intérêt pour le médecin de connaître.

Les principales eaux du groupe Hunyadi sont connues sous les noms d'Hunyadi, Mathias, Lazlo, Janos, Huj'Hunyadi, etc. Cette dernière, l'Uj'Hunyadi mérite d'appeler tout particulièrement l'attention. Approuvée par l'Académie de médecine, en 1878, son introduction en France vient d'être autorisée par M. le Ministre de l'intérieur, sous le nom facile à retenir d'*Apenta*.

Cette eau diffère sensiblement de ses congénères, tant par sa composition chimique que par les conditions dans lesquelles elle est captée et exploitée à Budapest.

Voici sa composition chimique telle qu'elle a été établie par une récente analyse de M. Tichborne.

Sulfate de magnésie	210,60
Sulfate de soude	186,84
Sulfate de chaux	26,33
Sulfate de potasse	0,84
Sulfate de lithine	0,75
Bromure de magnésie	0,12
Chlorure de sodium	17,69
Carbonate de magnésie	1,82
Carbonate de soude	4,78
Carbonate de chaux	1,17
Carbonate de fer	0,77
Alumine	0,30
Silice	0,32
Total	452,33

Il suffit de jeter un coup d'œil sur cette analyse pour s'assurer que l'*Eau d'Apenta*, diffère d'une façon très appréciable des autres sources d'Hunyadi. Cette différence, qui porte sur plusieurs points, a une importance considérable en thérapeutique.

C'est ainsi que l'*Eau d'Apenta* contient plus de sulfate de magnésie que de sulfate de soude, tandis que c'est le contraire qui a lieu pour l'eau d'Hunyadi Janos. La première est une eau à prédominance magnésienne, la seconde est une eau à prédominance sodique.

Or, les médecins et les chimistes de tous les pays sont unanimes à reconnaître qu'il faut surtout rechercher, dans les eaux laxatives, le sulfate de magnésie; la présence du sulfate de soude, nécessaire pour obtenir l'effet purgatif, doit être moins considérable. Si ce dernier sel domine, on n'a plus à faire à une *eau amère* doucement laxative, mais à une eau fortement purgative, dont l'effet prolongé n'est pas toujours sans inconvénient.

C'est pour cette raison que l'*Eau d'Apenta* doit être préférée à toutes celles qui émergent du célèbre bassin de Budapesth.

Mais, si nous conseillons l'analyse ci-dessus, nous constatons la présence de lithine dans une proportion relativement importante. C'est un fait unique pour les eaux purgatives, qu'elle qu'en soit la provenance.

On conçoit facilement tout l'avantage que le médecin peut tirer de la présence de ce sel, dans une eau amère laxative qui s'adresse surtout aux pléthoriques, aux obèses et aux goutteux. Il est de toute évidence que l'emploi de l'*Eau d'Apenta* s'impose dans les cas si nombreux, ou la diathèse urique s'associe à la diathèse herpétique.

Elle agit, non seulement sur l'estomac et sur l'intestin, mais encore sur le rein.

La composition de l'*Eau d'Apenta* lui donne encore ce précieux avantage, c'est de posséder une saveur et un goût qui n'ont rien de désagréable; on ne peut en dire autant des eaux purgatives, dans lesquelles domine le sulfate de soude et surtout de celles qui ont été récemment importées d'Espagne.

Mais, ce qui donne au public et aux médecins une garantie exceptionnelle, c'est que l'exploitation des sources d'Uj'Hunyadi a lieu sous le contrôle direct de l'Institut chimique de Budapesth qui dépend lui-même du ministère de l'agriculture du gouvernement hongrois. Cette particularité a une importance considérable, parce qu'elle nous donne la certitude que les eaux de surface ne se mélangent pas à celle de la source minérale, y introduisant ainsi des matières organiques ou autres substantes nuisibles.

On peut dire donc que l'*Eau d'Apenta* présente de sérieux avantages, elle est amère et doucement purgative; elle convient dans le traitement de la constipation, de l'obésité et des affections hépatiques; enfin, la lithine qu'elle contient la rend particulièrement utile chez les goutteux et les calculeux.

BIBLIOGRAPHIE

H. Barth. — *Thérapeutique de la tuberculose.* 1 vol. in-18, relié, de 360 pages. Prix : 4 fr. (Octave Doin, éditeur).

Sordes. — *Traitement des endométrites et des salpingites au début, par les vapeurs médicamenteuses.* 1 vol. in-12, de 40 pages. Prix : 1 fr. (Octave Doin, éditeur).

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marethreux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment. 4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

Granules de Catillon
A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRE DE
STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide** relèvent le **cœur** affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
EXIGER LA MARQUE. Paris, 3, Boul[t] S[t]-Martin.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE
CICATRISANT LES PLAIES
Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française
PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS
Très efficace contre les **Anthrax, Cancers, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements**, etc.
SE DÉFIER DES IMITATIONS

Airol
Marque "GRIFFON"
Antiseptique interne et externe
a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.
L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

ÉPILEPSIE * HYSTÉRIE * NÉVROSES
Le SIROP de HENRY MURE *au* ***Bromure de Potassium*** (exempt de chlorure et d'iodure), *expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.*
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : 5 francs.
Ph[ie] MURE, à Pont-St-Esprit. — A. GAZAGNE, ph[ien] de 1re classe, gendre et successeur.
Dépôt à Paris : Ph[ie] BRUNSCHWIK, 10, Rue Richelieu *et dans toutes Pharmacies.*

CHLORO-ANÉMIE · CONVALESCENCES
DRAGÉES DE FER COGNET
PROTOXALATE DE FER & QUASSINE CRISTALLISÉE
LE PLUS ACTIF DES FERRUGINEUX
A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS, et TOUTES PHARMACIES

LE
VÉRITABLE THAPSIA
doit porter les Signatures
Ch. Le Perdriel Reboulleau
Les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

TOILE VÉSICANTE
LE PERDRIEL
Action Prompte et Certaine
EXIGER LA COULEUR ROUGE
La plus ancienne. — La seule admise dans les Hôpitaux civils.

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER
Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. Marethieux, directeur, 1, rue Cassette.